

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

DECRETO NÚMERO

( )

Por medio del cual se modifican, adicionan o sustituyen disposiciones del Libro 2, Parte 5, Título 3, Capítulo 4 del Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social 780 de 2016 que regulan las relaciones y contratos entre Entidades Responsables de Pago y Prestadores de Servicios de Salud

EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

En uso de las facultades contenidas en el artículo 189 numeral 11 de la Constitución Política y de conformidad con lo establecido en los artículos 154 literales a), b) y c), 178 y 179 de la Ley 100 de 1993, 5 y 6 del Decreto-ley 1295 de 1994, 7 del Decreto-ley 1281 de 2002, 13 literal d) y 44 de la Ley 1122 de 2007 y,

CONSIDERANDO

Que en el marco de la Ley 1751 de 2015, Ley Estatutaria de Salud, es obligación del Estado formular y adoptar políticas de salud dirigidas a garantizar el goce efectivo del derecho a la salud en coordinación con todos los agentes del Sistema, así como la integralidad, continuidad y oportunidad en la atención.

Que se requiere mejorar el acceso con calidad a los servicios de salud de toda la población, en condiciones de eficiencia, competitividad, calidad, integralidad y sostenibilidad financiera, a través de diversas formas de contratación vinculadas al desempeño, resultados en salud e incentivos.

Que en desarrollo de los principios de eficiencia y sostenibilidad establecidos en el artículo 6º de la Ley Estatutaria de Salud se deben establecer reglas que mejoren las relaciones de los agentes del sistema en la contratación de los servicios de salud orientados hacia la calidad y obtención de resultados en salud.

Que se deben reorientar los procesos operativos, técnicos y financieros que den garantía de cumplimiento a lo establecido en el artículo 8 de la Ley 1751 de 2015, que consagra la integralidad en la atención y no fragmentación de la responsabilidad en la prestación de servicios de salud.

Que a través de la definición de reglas en los procesos de negociación y modalidades de contratación y de pago para la prestación de servicios de salud, se pretende fortalecer la confianza entre las diferentes Entidades Responsables del Pago y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que se adecuen a sus necesidades y garanticen la prestación de servicios a la población.

Que el literal d del artículo 13 de la Ley 1122 de 2007 señala los plazos para el pago por la prestación de los servicios de salud para garantizar el flujo y protección de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, asimismo, el artículo 57 de la Ley 1438 de 2011 señala los plazos para el trámite de glosas, por lo que se hace necesario incorporar dichas reglas a las diferentes modalidades de contratación y de pago.

En mérito de lo expuesto,

DECRETA:

Artículo 1. ***Modificación del Capítulo 4 del Título 3 del Decreto 780 de 2016.*** Modifíquese el Capítulo 4 del Título 3 del Decreto 780 de 2016, Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, el cual quedará así:

CAPÍTULO 4

CONTRATACIÓN

Sección 1. Disposiciones Generales

Artículo 2.5.3.4.1.1. ***Objeto.*** El presente Capítulo tiene por objeto regular algunos aspectos de la relación entre los Prestadores de Servicios de Salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo.

(Art. 1 del Decreto 4747 de 2007)

Artículo 2.5.3.4.1.2. ***Campo aplicación.*** El presente Capítulo aplica a los Prestadores de Servicios de Salud y a las entidades responsables del pago de los servicios salud. Cuando las entidades que administran regímenes especiales y de excepción suscriban contratos con Prestadores de Servicios de Salud a quienes les sea aplicable el presente Capítulo deberán cumplir con los términos aquí establecidos.

(Art. 2 del Decreto 4747 de 2007)

Artículo 2.5.3.4.1.3. ***Definiciones.*** Para efectos del presente capítulo se adoptan las siguientes definiciones:

1. **Contrato de prestación de servicios de salud**: Es el acto por el cual una parte se obliga para con otra a dar, hacer o no hacer alguna cosa. Cada parte puede ser de una o varias personas naturales o jurídicas. El acuerdo de voluntades estará sujeto a las normas que le sean aplicables, a la naturaleza jurídica de las partes que lo suscriben y cumplirá con las solemnidades, que las normas pertinentes determinen.

2. **Entidades Responsables de Pago - ERP:** Se consideran como tales las Entidades Promotoras de Salud (EPS) de los regímenes contributivo y subsidiado, las Cajas de Compensación Familiar con programas de los regímenes contributivo y subsidiado, las entidades adaptadas, las direcciones departamentales, distritales y municipales de salud y las administradoras de riesgos laborales.

3. **Grupo de riesgo:** Conjunto de personas con condiciones comunes de exposición y vulnerabilidad a ciertos eventos que comparten la historia natural de la enfermedad, factores de riesgo relacionados, desenlaces clínicos y formas o estrategias eficientes de entrega de servicios.

4. **Modalidad de contratación y de pago:** Es la forma y el compromiso que adquiere la relación contractual entre la entidad responsable de pago y el prestador de servicios de salud para garantizar la atención en salud de la población objeto, que incorpora una reglas para el pago, la forma de pago, el conjunto de tecnologías en salud contratadas, la operación de la prestación y

auditoría de esas tecnologías en salud, las tarifas y precios, y la evaluación de los indicadores pactados, entre otros.

5. **Nota técnica para la contratación de servicios de salud:** Herramienta para especificar de manera detallada o agregada las tecnologías en salud incluidas en una modalidad de contratación y de pago, su frecuencia de uso o la cantidad estimada, la población a cargo cuando aplique, los valores de precios y/o tarifas de las tecnologías en salud y el valor total por el conjunto de las tecnologías en salud incluidas en cada modalidad de contratación y de pago. Para la elaboración de la nota técnica se deberán utilizar obligatoriamente los catálogos o listas de referencia de las tecnologías definidas por la autoridad competente.

6. **Organización funcional de servicios de salud**. Se refiere a formas de organización de los servicios a habilitar por parte de los Prestadores de Servicios de Salud, para la disposición y provisión de servicios de salud con el fin de garantizar la atención en salud de manera accesible, oportuna, continua, integral, y resolutiva, en los componentes primario o complementario de la Red. Las organizaciones funcionales de servicios de salud serán: (i) prestadores primarios para el componente primario; y (ii) unidades funcionales para el componente complementario de la red.

7. **Prestadores de Servicios de Salud - PSS:** Se consideran como tales las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, los Profesionales Independientes de Salud y los Servicios de Transporte Especial de Pacientes.

8. **Referencia y contrarrefencia:** Conjunto de procesos, procedimientos y actividades técnicas y administrativas que permiten prestar adecuadamente los servicios de salud a los pacientes, garantizando la calidad, accesibilidad, oportunidad, continuidad e integralidad de los servicios, en función de la organización de la red de prestación de servicios definida por la entidad responsable de pago.

   La referencia es el envío de pacientes o elementos de ayuda diagnóstica por parte de un prestador de servicios de salud, a otro prestador para atención o complementación diagnóstica que, de acuerdo con el nivel de resolución, de respuesta a las necesidades de salud.

   La contrarreferencia es la respuesta que el prestador de servicios de salud receptor de la referencia, da al prestador que remitió. La respuesta puede ser la contrarremisión del paciente con las debidas indicaciones a seguir o simplemente la información sobre la atención prestada al paciente en la institución receptora o el resultado de las solicitudes de ayuda diagnóstica.

9. **Ruta Integral de Atención en Salud - RIAS:** Las RIAS son una herramienta obligatoria que define a los integrantes del Sector salud (Entidad territorial, EAPB, prestador) y de otros sectores, las condiciones necesarias para asegurar la integralidad en la atención a partir de las acciones de cuidado que se esperan del individuo, las acciones orientadas a promover el bienestar y el desarrollo de los individuos en los entornos en los cuales se desarrolla, así como las intervenciones para la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación de la discapacidad y paliación.

   Las RIAS integran las intervenciones individuales y colectivas que realizan los diferentes integrantes dentro de sus competencias, las cuales deben adaptarse a los ámbitos territoriales y a los diferentes grupos poblacionales. Para el efecto, se definen tres tipos de rutas: Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud; Rutas de Grupo de Riesgo; Rutas de eventos Específicas de Atención.

10. **Unidad de pago:** Es la medida unitaria para el reconocimiento y pago de la prestación de servicios de salud por parte de una Entidad Responsable de Pago a un Prestador de Servicios de Salud acorde a la modalidad de contratación y de pago.

Artículo 2.5.3.4.1.4. ***Libertades y restricciones en la contratación de servicios de salud***. Las Entidades Responsables de Pago y los Prestadores de Servicios de Salud tienen libertad para seleccionar las tecnologías en salud a contratar, las tarifas, los precios, las modalidades de contratación y de pago y los incentivos, en el marco de la Política de Atención Integral en Salud. Esta libertad contractual estará limitada por la integración vertical prevista en el artículo 15 de la Ley 1122 de 2007 y la contratación mínima obligatoria con la red pública y tendrá las restricciones y obligaciones previstas en la Constitución, la Ley y el presente capítulo.

Sección 2. Condiciones de contratación de los servicios de salud

Artículo 2.5.3.4.2.1. ***Requisitos mínimos para la negociación y suscripción de contratos de prestación de servicios de salud***. Son requisitos, mínimos para la negociación y suscripción de acuerdos de voluntades para la prestación de servicios los siguientes:

a) Por parte de los Prestadores de Servicios de Salud:

1. Habilitación de los servicios por prestar.

2. Soporte de la suficiencia para prestar los servicios por contratar estimada a partir de la capacidad instalada, frente a las condiciones demográficas y epidemiológicas de la población del contratante que va a ser atendida.

3. Indicadores de calidad en la prestación de servicios, definidos en el Sistema de Información para la Calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.

b) Por parte de las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo:

1. Información general de la población objeto del acuerdo de voluntades con los datos sobre su ubicación geográfica y perfil demográfico.

2. Diseño y organización de la red de servicios, indicando el nombre, ubicación de los Prestadores de Servicios de Salud con el tipo y complejidad de los servicios contratados, que garanticen la oportunidad, integralidad, continuidad y accesibilidad a la prestación de servicios de la población a cargo de la entidad responsable de pago.

3. Mecanismos y medios de difusión y comunicación de la red de prestación de servicios a los usuarios.

4. Indicadores de calidad en los servicios de aseguramiento definidos en el Sistema de Información para la Calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.

5. Diseño, organización y documentación del proceso de referencia y contrarreferencia que involucre las normas operacionales, sistemas de información y recursos logísticos, requeridos para la operación de la red.

Parágrafo 1°. En el diseño, y organización de la red de prestación de servicios, incluyendo los servicios administrativos de contacto con el paciente, las entidades responsables del pago de los servicios de salud garantizarán los servicios de baja complejidad de manera permanente en el

municipio de residencia de los afiliados, salvo cuando a juicio de estos sea más favorable recibirlos en un municipio diferente con mejor accesibilidad geográfica.

Parágrafo 2°. Las entidades responsables del pago de los servicios de salud deberán difundir entre sus usuarios la conformación de su red de prestación de servicios, para lo cual deberán publicar anualmente en un periódico de amplia circulación en su área de influencia el listado vigente de Prestadores de Servicios de Salud que la conforman, organizado por tipo de servicios contratado y nivel de complejidad. Adicionalmente se deberá publicar de manera permanente en la página web de la entidad dicho listado actualizado, o entregarlo a la población a su cargo como mínimo una vez al año con una guía con los mecanismos para acceder a los servicios básicos electivos y de urgencias.

En aquellos municipios en donde no circule de manera periódica y permanente un medio de comunicación escrito, esta información se colocará en un lugar visible en las instalaciones de la alcaldía, de la entidad responsable del pago y de los principales Prestadores de Servicios de Salud ubicados en el municipio.

Parágrafo 3°. De los requisitos mínimos establecidos en el presente artículo, tanto los Prestadores de Servicios de Salud como las entidades responsables del pago de los servicios de salud, deberán conservar la evidencia correspondiente.

Artículo 2.5.3.4.2.2. ***Requisitos mínimos de los contratos de prestación de servicios de salud.*** Con independencia de la modalidad de contratación y de pago que se establezca en los contratos para la prestación o suministro de tecnologías en salud, estos deberán constar por escrito y contener como mínimo los siguientes requisitos:

1. Identificación de las partes.
2. Término de duración.
3. Modalidad de contratación y de pago.
4. Tecnologías en salud incluidas en el contrato.
5. Nota técnica por modalidad de contratación y de pago.
6. Valor del contrato, expresado en tarifas y/o precios que deben ser aplicados a las tecnologías en salud de acuerdo con la modalidad de contratación y de pago y las condiciones de reajuste por efecto del incremento de la UPC según lo previsto en el artículo 2.5.3.5.3 del presente Decreto.
7. Reglas de ajuste del contrato.
8. Procedimientos e instrumentos para la autorización de los servicios de salud y su trazabilidad.
9. Proceso y operación del sistema de referencia y contrarreferencia.
10. Periodicidad en la entrega obligatoria de datos de prestaciones de servicios de salud-RIPS y la información que se requiera para evaluar los resultados esperados que defina el Ministerio de Salud y Protección Social.
11. Periodicidad y forma del programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad, revisoría y conciliación de cuentas.
12. Condiciones de recepción, radicación y procedimiento de retroalimentación sobre el estado de la revisoría de facturas y cuentas de cobro.
13. Procesos y procedimientos de interventoría y evaluación del cumplimiento de las obligaciones, durante la vigencia de los contratos.
14. Mecanismos para la solución de conflictos.
15. Procesos y términos para la liquidación o terminación de los contratos.
16. Pólizas.

Parágrafo 1º. La definición de los requisitos antes descritos deberá tener en cuenta los contenidos de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) y los lineamientos que se expidan para cada una de ellas.

Parágrafo 2º. La auditoría de la calidad de la atención de los servicios deberá desarrollarse de acuerdo con el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC) de cada uno de los actores, definido en los artículos 2.5.1.4.1 a 2.5.1.4.9 del presente Decreto o la norma que los adicione, modifique o sustituya.

Parágrafo 3º. Las Entidades Responsables de Pago y los Prestadores de Servicios de Salud establecerán los indicadores y actividades establecidas para el monitoreo y evaluación de los resultados definidos de acuerdo con la modalidad de contratación y de pago. Dichos indicadores deben contener las metas o estándares de cumplimiento.

Parágrafo 4º. Las Entidades Responsables de Pago y los Prestadores de Servicios de Salud, tomarán como referencia los estándares de terminología para identificar las tecnologías en salud prestadas a los afiliados, como, la Clasificación Única de Procedimientos en Salud -CUPS-, el Sistema de Clasificación Anatómica, Terapéutica y Química, ATC, de la Organización Mundial de la Salud para medicamentos y la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Décima Revisión CIE-10 de la Organización Mundial de la Salud, el Código Único de Medicamentos - CUM -. Lo anterior de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes y las demás que la modifiquen, adicionen, complementen o sustituyan.

Parágrafo 5º. Los contratos para la prestación o suministro de tecnologías en salud podrán prorrogarse por una (1) sola vez y en su prórroga deberá considerar el incremento previsto en el Artículo 2.5.3.5.3 del presente Decreto para recuperar el valor adquisitivo de la UPC. En todo caso debe preverse en los contratos un mecanismo que garantice la continuidad en los servicios de salud.

Parágrafo 6º. Los contratos para la prestación o suministro de tecnologías en salud incluirán las condiciones, acuerdos de índole operativo, tecnológico y técnico aprobados por las partes de conformidad con el artículo ***2.5.3.4.2.1,*** de la presente sección, en especial los relacionados con los procedimientos e instrumentos para la autorización de los servicios de salud y su trazabilidad e indicadores, actividades o reglas de seguimiento de acuerdo con la modalidad de contratación y de pago.

Artículo 2.5.3.4.2.3. ***Modalidades de contratación y de pago aplicables a la compra de los servicios de salud***. Las Entidades Responsables de Pago y los Prestadores de Servicios de Salud podrán escoger y pactar libremente las modalidades de contratación y de pago y sus combinaciones con el objeto de impactar de manera positiva el acceso, la oportunidad, la integralidad, la resolutividad de la atención y el uso eficiente de los recursos para la obtención de resultados en salud.

Las Entidades Responsables de Pago y los Prestadores de Servicios de Salud se sujetarán al cumplimiento de los requisitos para cada una de las modalidades de contratación y pago previstas en la presente sección. Lo anterior no implica una restricción para las partes de acordar otras modalidades de contratación y de pago, y/o pactar incentivos, siempre y cuando cumpla la finalidad de que trata el presente artículo.

Artículo 2.5.3.4.2.4. ***Modalidades de contratación y de pago y sus requisitos mínimos***. Sin perjuicio de que puedan utilizarse otras modalidades de contratación y de pago, las Entidades Responsables de Pago y los Prestadores de Servicios de Salud podrán recurrir a las siguientes modalidades de contratación y de pago y sus combinaciones:

a. Capitación. Modalidad de contratación y de pago mediante la cual se establece una suma por persona para la atención de la demanda potencial de un conjunto preestablecido de tecnologías en salud de baja complejidad, a un número predeterminado de personas, durante un período definido de tiempo y en cuyo pago se reconoce una suma fija y una suma variable. La suma variable se

reconocerá por persona de acuerdo con los indicadores de desempeño y resultados que se pacten. La unidad de pago es la persona con el valor convenido.

En esta modalidad, además de los requisitos previstos en el artículo anterior, en los contratos deberá pactarse lo siguiente:

1. Listado y caracterización de las personas incluidas y mecanismo de actualización de novedades.
2. Especificación de las tecnologías en salud de baja complejidad incluidas.
3. Suma a ser pagada por persona especificando la parte fija y la parte variable.
4. Uso de guías de práctica clínica y protocolos de atención cuando aplique.
5. Especificación de los indicadores de desempeño y resultados esperados, teniendo en cuenta las condiciones de salud de la población objeto del contrato y el seguimiento periódico de las metas establecidas.
6. Definición de las reglas para el reconocimiento de la suma variable.

En todo caso la suma fija deberá tener en cuenta la operación del prestador, teniendo en cuentas su capacidad de resolución. Para el efecto el Ministerio de Salud y Protección Social expedirá los lineamientos para su aplicación.

b. Episodio de atención. Modalidad de contratación y de pago mediante la cual se reconoce una suma fija por un conjunto de tecnologías en salud requeridas para la atención de una condición individual de salud durante un período determinado de tiempo, en el cual se delimita el inicio, el curso evolutivo y el final de la atención. Bajo esta modalidad podrán contratarse, entre otros, el conjunto integral de atención, los grupos relacionados de diagnóstico y/o la atención integral y completa de una condición de salud aguda, que aparece en un punto particular en el tiempo y se resuelve en un momento posterior. La unidad de pago es el episodio con el valor convenido.

En esta modalidad, además de los requisitos previstos en el artículo anterior, en los contratos deberá pactarse lo siguiente:

1. Definición del episodio de atención con su inicio y su fin.
2. Especificación de las tecnologías en salud incluidas y no incluidas asociadas a la condición individual de salud del paciente, comorbilidades, complicaciones o eventos adversos.
3. Especificación de los resultados de la atención en salud esperados.
4. Monto por el conjunto de las tecnologías en salud incluidas.
5. Uso de guías de práctica clínica y protocolos de atención.

c. Integral por grupo de riesgo. Modalidad de contratación y de pago mediante la cual se reconoce una suma fija por persona para cubrir un conjunto de tecnologías en salud requeridas para la atención integral de su condición de salud durante un período determinado de tiempo, usualmente un año Aplica preferencialmente para condiciones crónicas, en las cuales es difícil delimitar en el tiempo el curso evolutivo y el final de la atención. El monto del pago depende del conjunto de tecnologías en salud definidas para la atención del grupo de riesgo. La unidad de pago es la persona riesgo con el valor convenido.

En esta modalidad, además de los requisitos previstos en el artículo anterior, en los contratos deberá pactarse lo siguientes:

1. Definición del grupo de riesgo en salud.
2. Especificación de las tecnologías en salud incluidas y no incluidas asociadas a la condición o condiciones individuales de salud, comorbilidades, complicaciones o eventos adversos de acuerdo con el grupo de riesgo.

3. Especificación de los resultados de la atención en salud esperados.
4. Monto a ser reconocido por cada persona por el conjunto de las tecnologías incluidas para la atención del grupo de riesgo.
5. Uso de guías de práctica clínica y protocolos de atención.

d. Pago global prospectivo. Modalidad de contratación y de pago en la cual se establece por anticipado una suma global para cubrir durante un período determinado de tiempo, usualmente un año, la provisión de un número de episodios de atención y/o de tecnologías en salud, a una población con condiciones de riesgo específicos estimados y acordados previamente entre el pagador y el prestador. La unidad de pago es el episodio y/ o las tecnologías en salud con el valor convenido.

En esta modalidad además de los requisitos previstos en el artículo anterior en los contratos deberán pactarse los siguientes:

1. Episodios de atención y/o tecnologías en salud incluidas.
2. Especificación de las tecnologías en salud incluidas y no incluidas asociadas a la condición individual de salud del paciente, comorbilidades, complicaciones o eventos adversos.
3. Especificación de los resultados de la atención en salud esperados
4. Valor de cada uno de los episodios de atención y/o de las tecnologías en salud.
5. Suma global del contrato.
6. Uso de guías de práctica clínica y protocolos de atención.
7. La frecuencia estimada de los episodios de atención y/o de tecnologías en salud a ser prestadas con cargo a la suma global.
8. La regla de ajuste del valor contractual de franja de riesgo.

e. Por servicio. Modalidad de contratación y de pago en la cual se reconoce una suma por cada unidad de tecnología en salud suministrada a un afiliado para la atención de una condición individual de salud, de acuerdo con unas tarifas o precios previamente acordados. Terminológicamente reemplaza la denominación "por evento". La unidad de pago es la tecnología en salud con la tarifa y/o precio convenido.

En esta modalidad, además de los requisitos previstos en el artículo anterior, en los contratos deberá pactarse lo siguiente:

1. Tecnologías en salud incluidas.
2. Tarifas y precios a ser aplicadas a las tecnologías en salud.
3. En la modalidad de contratación y de pago por servicio se podrá estipular el uso de protocolos y guías de atención.

Parágrafo. Hasta tanto entre en operación el Sistema de Afiliación Transaccional, las Entidades Responsables de Pago garantizarán el suministro de la información de la población a ser atendida, mediante la administración en línea de las bases de datos de sus afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, SGSSS, asegurando su depuración, y el correcto y oportuno registro de las novedades. En caso de no contar con la información actualizada en línea, deberán entregar y actualizar la información de acuerdo con los medios y plazos pactados en el contrato. En el caso de que los Prestadores de Servicios de Salud no dispongan de la información en las condiciones señaladas en el contrato, se entenderá que continúa vigente la última información disponible y en consecuencia las atenciones prestadas, no podrán ser objeto de glosa con el argumento de que el usuario no está incluido.

Artículo 2.5.3.4.2.5. *Ajuste del valor contractual.* Con el objeto de proteger la calidad de la atención por las variaciones en los costos en la atención que escapan al control de los Prestadores

de Servicios de Salud, cuando se utilicen las modalidades de contratación y de pago por capitación, episodio de atención, grupo de riesgo y pago global prospectivo, las Entidades Responsables de Pago y los Prestadores de Servicios de Salud deberán incluir en los contratos una o más de las siguientes reglas de ajuste:

a. **Ajuste de riesgo.** Consiste en el pago diferencial en función de la severidad de las condiciones individuales de salud y el consumo de tecnologías en salud. Exige la definición de criterios para la identificación de las variaciones relacionadas con la severidad de la condición individual de salud, el consumo de tecnologías en salud y los montos a ser reconocidos.

b. **Ajuste por desviaciones extremas del costo.** Consiste en el reconocimiento de pagos adicionales por encima del monto pactado destinado a cubrir costos muy altos e inusuales en la atención de pacientes específicos. Aplica exclusivamente a las modalidades de contratación y de pago por episodio, grupo de riesgo y pago global prospectivo y exige la determinación del valor a partir del cual se reconocen dichos pagos.

c. **Franja de riesgo.** Consiste en la definición de un rango del valor pactado, expresado en términos porcentuales por encima y por debajo de dicho valor, a partir del cual se produce el reconocimiento de un pago adicional o la participación en los ahorros cuando el valor resultante está por fuera de dicho rango. Aplica únicamente para las modalidades de contratación y de pago por grupo de riesgo y pago global prospectivo.

Artículo *2.5.3.4.2.6.* Pago de los contratos. Las Entidades Responsables de Pago pagarán los contratos a los Prestadores de Servicios de Salud de acuerdo con las siguientes reglas:

a. Para la modalidad de contratación y de pago por capitación, se pagará mes anticipado el 100% de la suma fija pactada por persona, dentro de los cinco primeros días del respectivo mes. La suma de la parte variable se liquidará con periodicidad máxima trimestral y se pagará dentro de los 3 días siguientes a la verificación del cumplimiento de conformidad con las reglas establecidas para tal fin.

b. En las modalidades de contratación y de pago por episodio de atención, integral por grupo de riesgo, pago global prospectivo y por servicio, se realizará un pago anticipado del 50% del valor de la factura dentro de los cinco días posteriores a su radicación. En caso de no presentarse objeción o glosa alguna, el saldo se pagará dentro de los treinta días (30) hábiles siguientes a la radicación de la factura y cuentas de cobro. Cuando existan glosas se dará aplicación a lo previsto en el artículo 57 de la Ley 1438 de 2011 o las normas que lo adicionen, modifiquen o sustituyan.

c. En las modalidades de contratación y de pago integral por grupo de riesgo y pago global prospectivo, las partes podrán pactar un anticipo, el cual consiste en entregar al Prestador de Servicios de Salud un adelanto o avance con cargo al valor total del contrato. Dicho anticipo será objeto de liquidaciones periódicas durante la ejecución del contrato o de la ejecución presupuestal, adicionando o descontando el saldo según corresponda. Lo anterior sin perjuicio de la radicación de facturas por parte del prestador de servicios de salud,

De realizarse anticipos o pagos anticipados, la Entidad Responsable de Pago y los Prestadores de Servicios de Salud deberán realizar la conciliación y el ajuste contable, de manera permanente, de conformidad con la normativa vigente, de tal forma que garantice su confiabilidad y razonabilidad en los estados financieros y los reportes de cartera que las entidades están obligada a realizar.

Parágrafo 1º. En caso de incumplimiento de las disposiciones previstas en este artículo por parte de las Entidades Responsables de Pago y los Prestadores de Servicios de Salud serán sujetos de

sanción por el incorrecto uso de los recursos de salud, de acuerdo con lo previsto en el artículo 7° del Decreto Ley 1281 de 2002 y la Ley 1474 de 2011 o las normas que las adicionen, modifiquen o sustituyan.

Parágrafo 2º. En las modalidades de contratación y de pago por capitación o integral por grupo de riesgo se podrá pactar la devolución de recursos por parte de los Prestadores de Servicios de Salud cuando una entidad responsable de pago deba proceder a la devolución de las UPC por afiliados fallecidos, siempre y cuando se haya realizado el giro o pago de los recursos. En ninguna otra modalidad de contratación y de pago podrá pactarse la devolución de recursos por efectos de la restitución de UPC.

Artículo 2.5.3.4.2.7. ***Recaudo de copagos y cuotas moderadoras.*** Cuando se pacte en los contratos de prestación de servicios el recaudo de copagos y cuotas moderadoras por parte de los Prestadores de Servicios de Salud, solamente podrán considerarse como parte del pago cuando exista un recaudo efectivo de su valor. En todo caso, la responsabilidad del recaudo de los copagos y cuotas moderadoras es de las Entidades Responsables de Pago.

(Artículo 26 Decreto 4747 de 2007)

Artículo 2.5.3.4.2.8. ***Reconocimiento de intereses.*** Cuando las devoluciones o glosas formuladas no tengan fundamentación objetiva, el prestador de servicios tendrá derecho al reconocimiento de intereses moratorios desde la fecha de radicación de la factura o cuenta de cobro, de conformidad con lo establecido en el artículo 7° del Decreto Ley 1281 de 2002 o la norma que lo adicione, modifique o sustituya.

Cuando la glosa formulada resulte justificada y se haya pagado un valor por los servicios glosados, dicho valor se descontará en facturas posteriores. De no presentarse facturas posteriores, la entidad responsable del pago tendrá derecho a la devolución del valor pagado y al reconocimiento de intereses moratorios desde la fecha en la cual se realizó el pago al prestador de servicios de salud.

(Art. 24 del Decreto 4747 de 2007)

Artículo 2.5.3.4.2.9. ***Radicación, revisoría y pago de facturas y cuentas de cobro.*** En los contratos se deberá definir el lugar, horario, medios y demás condiciones para la radicación de las facturas y cuentas de cobro. En ningún caso, la Entidad Responsable de Pago podrá devolver facturas y cuentas de cobro sin que se haya realizado la radicación y auditoría que corresponda.

Los Prestadores de Servicios de Salud deberán radicar a las Entidades Responsables de Pago las facturas y cuentas de cobro con los soportes que, establezca el Ministerio de Salud y Protección Social. La entidad responsable del pago no podrá exigir soportes adicionales a los definidos para el efecto por el Ministerio de Salud y Protección Social ni incurrir en cualquier práctica que impida la radicación de las facturas.

Los Prestadores de Servicios de Salud deberán radicar las facturas y cuentas de cobro a más tardar dentro de los seis (6) meses siguientes a la fecha de la prestación de los servicios o de la ocurrencia del hecho generador de las mismas.

En la revisoría de las facturas y cuentas de cobro se deberá dar cabal cumplimiento a los términos que, para la formulación, aceptación, no aceptación, subsanación o levantamiento de glosas, se encuentran previstos en el artículo 57 de la Ley 1438 de 2011 y con sujeción al Manual Único de Glosas, Devoluciones y Respuestas definido por el Ministerio de Salud y Protección Social.

El pago de las facturas y cuentas de cobro, según la modalidad de contratación y de pago, deberá

efectuarse conforme a los términos previstos en el presente artículo. En el evento de que los prestadores no radiquen las facturas y cuentas de cobro dentro de los seis (6) meses siguientes a la prestación del servicio no habrá lugar al reconocimiento de intereses de mora, ni otras sanciones pecuniarias.

Artículo 2.5.3.4.2.10. ***Soportes de las facturas de prestación de servicios***. Los Prestadores de Servicios de Salud deberán presentar a las entidades responsables de pago, las facturas con los soportes que, de acuerdo con el mecanismo de pago, establezca el Ministerio de Salud y Protección Social. La entidad responsable del pago no podrá exigir soportes adicionales a los definidos para el efecto por el Ministerio de Salud y Protección Social.

(Artículo 21 del Decreto 4747 de 2007)

Artículo 2.5.3.4.2.11. ***Acceso a la historia clínica***. Las entidades administradoras de recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud tales como EPS del régimen subsidiado o contributivo, ARL, etc., tienen derecho a acceder a la historia clínica y sus soportes, dentro de la labor de auditoría que le corresponde adelantar, en armonía con las disposiciones generales que se determinen en materia de facturación.

(Artículo 5° del Decreto 1725 de 1999)

Artículo 2.5.3.4.2.12. ***Manual único de glosas, devoluciones y respuestas.*** El Ministerio de Salud y Protección Social expedirá el Manual Único de Glosas, devoluciones y respuestas, en el que se establecerán la denominación, codificación de las glosas y de devolución de facturas y cuentas de cobro, el cual es de obligatoria adopción por todas las Entidades Responsables de Pago y los Prestadores de Servicios de Salud.

(Art. 22 del Decreto 4747 de 2007)

Artículo 2.5.3.4.2.13. ***Registro conjunto de trazabilidad de la factura.*** Para efectos de contar con un registro sistemático del cobro, glosas y pago de servicios de salud, el Ministerio de Salud y Protección Social establecerá la estructura y operación de un registro conjunto de trazabilidad de la factura.

(Art. 25 del Decreto4747 de 2007)

Artículo 2.5.3.4.2.14. ***Del suministro de las Tecnologías en salud.-*** Para el suministro y prestación de las tecnologías de servicios de salud requeridas por los afiliados en el proceso de atención, las Entidades Responsables de Pago y los Prestadores de Servicios de Salud darán cumplimiento a las condiciones establecidas en la presente sección, así como las establecidas en las Leyes 100 de 1993, 1122 de 2007, 1438 de 2011, 1751 de 2015, decretos reglamentarios y demás disposiciones de orden técnico, financiero, administrativo y operativo aplicables a las relaciones entre las entidades responsables de pago de los servicios de salud y los Prestadores de Servicios de Salud.

Cuando en los contratos de prestación de servicios de salud se pacte la autorización por servicios posteriores a la atención de urgencias, el prestador de servicios de salud deberá solicitar la autorización-para la prestación del servicio requerido, mediante el formato, con los procedimientos y en los términos que para el efecto defina el Ministerio de Salud y Protección Social, Este proceso no podrá ser trasladado al paciente o a su acudiente y es de responsabilidad exclusiva del prestador de servicios de salud.

Los servicios que se contraten deberán garantizar la integralidad de la atención, teniendo en cuenta

los servicios habilitados por el prestador, salvo que en casos excepcionales se justifique que puede prestarse el servicio con una mayor oportunidad por parte de otro prestador de servicios de salud, o que exista solicitud expresa del usuario de escoger otro prestador de la red definida por la entidad responsable del pago.

Parágrafo 1º. Cuando no medie contrato de prestación de servicios de salud y se requieran servicios posteriores a la atención de urgencias, los prestadores deberán dar aplicación a los establecido en el inciso segundo del presenta artículo.

Parágrafo 2º. Cuando en el marco de la atención prestada a un usuario por parte de un prestador donde medie contrato, un afiliado sea clasificado como *Triage* 4, las partes deben garantizar el proceso para que este reciba los servicios en un plazo no mayor de 48 horas.

Sección 3. De la organización de los Prestadores de Servicios de Salud.

Artículo 2.5.3.4.3.1. ***Organizaciones Funcionales de Servicios de Salud.*** Las Organizaciones Funcionales de Servicios de Salud que los Prestadores de Servicios de Salud conformen y habiliten en el marco del Sistema Único de Habilitación de Prestadores de Servicios de Salud, tendrán prelación en la conformación y organización de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud – RIPSS que las Entidades Responsables de Pago habiliten en los territorios donde estén autorizadas a operar y en su contratación, sujeto a la disponibilidad y suficiencia de su capacidad instalada. Cuando éstas no se ajusten a las condiciones de la demanda a ser atendida en el marco de la respectiva RIPSS, los servicios correspondientes podrán ser contratados con prestadores con servicios habilitados para el componente primario o complementario de la RIPSS; y así constará en la sustentación de la respectiva RIPSS para su habilitación ante la entidad competente, conforme a lo dispuesto en la normatividad vigente El Prestador de Servicios de Salud que habilite la Organización Funcional de Servicios de Salud, será el responsable de la contratación ante la respectiva Entidad Responsable de Pago.

Artículo 2.5.3.4.3.2. ***Asociaciones o alianzas estratégicas para la prestación de servicios de salud.*** En su relación con las Entidades Responsables de Pago, los Prestadores de Servicios de Salud podrán conformar asociaciones o alianzas estratégicas, tales como, uniones temporales, consorcios, convenios de asociación u otra figura jurídica para aunar esfuerzos orientados a organizar la atención oportuna, integral y eficiente de los servicios de salud, con calidad y obtención de resultados en salud para uno o varios de los siguientes objetivos:

1. Complementar servicios similares para adicionar la capacidad de oferta instalada de un mismo servicio y así lograr satisfacer una determinada demanda.
2. Complementar servicios diferentes entre los prestadores para garantizar la integralidad, interdisciplinariedad e interdependencia de estos.
3. Fortalecer la capacidad resolutiva en la prestación de servicios de salud.
4. Conformar una red local o regional de servicios de salud de una misma complejidad
5. Conformar una red local o regional de servicios de salud de diferente complejidad
6. Atender servicios de baja complejidad, con sujeción al modelo integral de atención, mediante la asignación de población a profesionales independientes de la salud.

Parágrafo 1º. Los contratos con asociaciones o alianzas estratégicas, además de cumplir con los requisitos previstos en los artículos *2.5.3.4.2.1 a 2.5.3.4.2.4*, deben especificar en la cláusula referida al pago, la distribución de los recursos entre los Prestadores de Servicios de Salud, de acuerdo con modalidad de contratación y de pago.

Parágrafo 2º. Las asociaciones o alianzas estratégicas, aunque no se habilitan, serán objeto de inspección, vigilancia y control por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.

Artículo 2.5.3.4.3.3. Requisitos de conformación y operación de las asociaciones o alianzas estratégicas para la prestación de los servicios de salud. Las asociaciones o alianzas estratégicas deberán cumplir como mínimo con los siguientes requisitos:

1. Definición de los términos y condiciones sobre la participación y cumplimiento de las obligaciones por parte de los Prestadores de Servicios de Salud que la conforman, según los servicios habilitados. La asociación o alianza estratégica deberá estar constituida de manera previa a la oferta o contratación de los servicios con las Entidades Responsables de Pago. La asociación o alianza estratégica deberá definir los términos y condiciones de la participación y el cumplimiento de las obligaciones de cada uno de los Prestadores de Servicios de Salud.
2. La asociación o alianza estratégica deberá estar inscrita en el Registro Único Tributario, para el cumplimiento de las obligaciones fiscales y de facturación. La facturación de los servicios de salud será realizada únicamente por la asociación o alianza y no por cada uno de los prestadores que la conforman.
3. La asociación o alianza estratégica deberá tener un término de duración no inferior al término de duración del contrato.
4. La asociación o alianza estratégica deberá designar un representante legal e indicar sus facultades y limitaciones.
5. La asociación o alianza estratégica deberá contener de manera clara y expresa la responsabilidad de los miembros, de acuerdo con su participación, durante la ejecución del contrato y la forma jurídica que adopte.
6. La asociación o alianza estratégica deberá estar constituida de manera previa a la oferta o contratación de los servicios con las Entidades Responsables de Pago

Parágrafo. En ningún caso la asociación o alianza estratégica podrá contratar servicios diferentes a los habilitados por cada una de los prestadores que integran la asociación o alianza estratégica, como tampoco un prestador de servicios de salud integrante de la misma, podrá suscribir de manera concurrente un acuerdo de voluntades con el mismo objeto y con la misma entidad responsable de pago directamente o a través de otra asociación o alianza estratégica.

Sección 4 Inspección, vigilancia y control.

Artículo 2.5.3.4.4.1. ***Inspección, Vigilancia y control.*** La Superintendencia Nacional de Salud adelantará las acciones de inspección, vigilancia y control respecto del cumplimiento de lo establecido en el presente capítulo y en caso de incumplimiento adelantará las acciones a que hubiere lugar, de acuerdo con sus competencias.

(Artículo 29 del Decreto 4747 de 2007)

Las entidades territoriales, las entidades responsables del pago o los Prestadores de Servicios de Salud, cuando evidencien las conductas establecidas en la presente sección, deberán informar a la Superintendencia Nacional de Salud o a la Superintendencia de Industria y Comercio cuando corresponda, para que adelanten las intervenciones a que haya lugar.

Artículo 2.5.3.4.4.2. ***Cláusulas y prácticas abusivas en la suscripción, ejecución y liquidación de los contratos.*** De acuerdo con lo establecido en el presente capitulo, las partes intervinientes en los contratos de prestación de servicios de salud, deben abstenerse de incurrir en conductas que conlleven a abusos contractuales o de convenir cláusulas que puedan afectar el equilibrio del contrato o den lugar a un abuso de posición dominante contractual. Con el propósito de garantizar

una adecuada protección de los usuarios y las partes, en los contratos de prestación de servicios de salud, no es permitido incluir cláusulas, como:

1. Las relacionadas con las responsabilidades de las partes en el cumplimiento de las obligaciones del contrato y cuyo alcance sea exonerar, atenuar o limitar la responsabilidad de las partes, en el marco de sus competencias y funciones asignadas en la Constitución, la Ley y los reglamentos.
2. Las que disponen que las partes no responderán por la exactitud, veracidad, oportunidad e integridad de la información para la ejecución del contrato
3. Las que autoricen a las partes adoptar decisiones de manera unilateral o le impongan a los usuarios condiciones y requisitos adicionales para el acceso a los servicios de salud.
4. Las que permitan a las partes la modificación de los términos y condiciones del contrato, de manera unilateral y sin previa concertación.
5. Las que autoricen la devolución de facturas sin que se haya realizado la revisión, verificación y sin que contenga la justificación, en los casos taxativamente previstos en el manual único de glosas, devoluciones y respuestas definido por el Ministerio de Salud y Protección Social.
6. Las que permitan formular glosas diferentes a las previstas en el manual único de glosas, devoluciones y respuestas definido por el Ministerio de Salud y Protección Social.
7. Las que permitan a la Entidad responsable de pago abstenerse de pagar o autorizar el giro de los recursos a cada uno de los integrantes de una asociación o alianza estratégica, cuando así se hubiere pactado.

Artículo 2.5.3.4.4.3. ***Prohibiciones relacionadas con la ejecución de los contratos.*** Las Entidades Responsables de Pago y Prestadores de Servicios de Salud en la ejecución de contratos de prestación de servicios, no podrán incurrir en las siguientes conductas:

1. Incumplir con las obligaciones económicas que se deriven de la aplicación del contrato.
2. Transferir por parte de la Entidad Responsable de Pago la totalidad del riesgo al prestador de servicios de salud.
3. No reportar la información dentro de los términos acordados por las partes o la requerida por las autoridades de acuerdo con la normativa vigente.
4. Exigir por pate del prestador de servicio de salud pago previo a la Entidad Responsable de Pago o al Afiliado por el suministro de las tecnologías en salud contratadas.
5. No radicar las facturas y cuentas de cobro dentro del término contractual pactado o cuando no medien contratos dentro del término previsto en la norma; así mismo negar, impedir u obstaculizar la radicación de las facturas.
6. Negar o dilatar la entrega de los soportes por parte del prestador o exigir la entrega de soportes por la Entidad Responsable de Pago, diferentes a los acordados entre las partes. En todo caso los soportes se basarán en los definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social o la normativa vigente.
7. No dar respuesta a las glosas dentro de los términos previstos por la normatividad vigente.
8. No registrar en la información contable y financiera las facturas que ya han sido pagadas por las Entidades Responsables de Pago, de manera directa o con autorización de giro directo, así como el menor valor de ls facturas que han sido objeto de glosa por las Entidades Responsables del Pago y han sido aceptadas, a más tardar dentro del mes siguiente al respectivo pago.
9. Pagar o autorizar el giro de recursos sin que exista factura radicada que lo soporte.
10. Imputar al pago de los contratos, el valor de los copagos y cuotas moderadoras cuando su cobro se hubiere pactado y el prestador de servicios de salud no los hubiere recaudado de manera efectiva.
11. No pagar las facturas o cuentas de cobro dentro de los plazos contractuales y los previstos en la normativa vigente
12. No pagar o autorizar el giro de los recursos a cada uno de los integrantes de una asociación o alianza estratégica, cuando así se hubiere pactado
13. No liquidar los contratos

Artículo 2.5.3.4.4.4. ***Prácticas restrictivas de la competencia.*** Las Entidades Responsables de Pago y los Prestadores de Servicios de Salud, deberán observar y acatar lo establecido en los artículos 2.5.6.1 al 2.5.6.12, del Título 6 "Derecho a la libre y leal competencia" del presente Decreto, en la compra y/u oferta de servicios de salud, así como en la suscripción, ejecución y liquidación de los contratos para la contratación de dichos servicios y relacionado con actos contrarios a la libre competencia, competencia desleal y la posición dominante en el mercado de los servicios de salud.

Sección 5. Disposiciones finales

Artículo 2.5.3.4.5.1. ***Incentivos.*** Las Entidades Responsables de Pago y los Prestadores de Servicios de Salud en los contratos podrán incluir incentivos orientados a mejorar la eficiencia, el desempeño y los resultados en salud. Los incentivos pueden ser monetarios y no monetarios:

a. Incentivos monetarios: Estímulos financieros que pueden tomar diferentes formas tales como, pagos adicionales, tarifas o precios vinculadas al desempeño.

b. Incentivos no monetarios: Estímulos orientados a la cooperación para el fortalecimiento del talento humano, tecnologías de información, la gestión clínica y reducción de trámites en la prestación y pago de los servicios

Artículo 2.5.3.4.5.2. ***Reporte y disponibilidad de información***. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá la información que deben reportar las Entidades Responsables de Pago y los Prestadores de Servicios de Salud relacionadas con las prestaciones en slud, las modalidades de contratación y de pago, incentivos y tarifas o precios de las tecnologías en salud y demás aspectos de la relación contractual.

Las Entidades Responsables de Pago y los Prestadores de Servicios de Salud están obligados a publicar la información que el Ministerio de Salud y Protección Social determine en desarrollo de la Ley 1712 de 2014.

Artículo 2.5.3.4.5.3. ***Vulneración del Sistema General de Seguridad Social en Salud y del derecho fundamental a la salud.*** El incumplimiento de lo previsto en el presente capítulo, de conformidad con el artículo 130 de la Ley 1438 de 2011, se considera una vulneración del Sistema General de Seguridad Social en Salud y del derecho fundamental a la salud, por lo que será objeto de las acciones y sanciones por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.

Artículo 2.5.3.4.5.4. ***Liquidación o terminación de los contratos de prestación de servicios de salud.*** Los contratos de prestación de servicios de salud suscritos entre Prestadores de Servicios de Salud y Entidades Responsables de Pago, con independencia de la naturaleza jurídica de las partes y de la modalidad de contratación y de pago, deberán ser liquidados a más tardar dentro de los cuatro (4) meses siguientes a su vencimiento o prórroga.

(Artículo 27. Del Decreto 4747 de 2007)

Artículo 2.5.3.4.5.5.5. ***Período de transición y adopción de formatos e instrumentos.*** El Ministerio de Salud y Protección Social deberá definir los formatos, instrumentos y procedimientos previstos en el presente capítulo dentro de los seis meses posteriores a la entrada en vigencia del presente capítulo.

Una vez el Ministerio de Salud y Protección Social adopte los formatos y defina los instrumentos y procedimientos previstos en el presente capítulo, las Entidades Responsables de Pago y los

Prestadores de Servicios de Salud deberán implementarlos en un plazo máximo de seis (6) meses.

Parágrafo. Los contratos entre Entidades Responsables del Pago y Prestadores de Servicios de Salud que se encuentren en curso a la fecha en que entre a regir este capítulo, continuarán sujetos a las condiciones establecidas en los mismos hasta su terminación o prórroga correspondiente. En todo caso, cumplido el plazo de los seis meses para la implementación de los formatos, los contratos deberán ajustarse a lo dispuesto en el presente capítulo.

Artículo 2.5.3.4.5.6. Vigencias y derogatorias. El presente decreto rige a partir de la fecha de su publicación, modifica los artículos 2.5.3.4.2, 2.5.3.4.3, 2.5.3.4.5, 2.5.3.4.6, 2.5.3.4.2.8, 2.5.3.4.6.2, 2.5.3.4.17 y, 2.5.3.4.18 del Decreto 780 de 2016, deroga las demás disposiciones que le sean contrarias, en especial los artículos 2.5.3.4.4, , 2.5.3.4.7, 2.5.3.4.8, 2.5.3.4.9 del Decreto 780 de 2016.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

Dado en Bogotá D. C., a los

MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL